

Arturo Sánchez Pérez



PERIODONCIA



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

ISBN: 978-84-15429-86-9



9 788415 429869

<http://www.diegomarin.com>
e-mail: gonzalezpalencia@diegomarin.com



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

Capítulo 4: HISTORIA CLÍNICA. EXPLORACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA

Prof. Dra. M^a José Moya Villaescusa.

Objetivos:

- Saber recoger de una manera metódica todos los datos relevantes acerca del paciente y de su estado periodontal.
- Conocer cómo realizar un correcto diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal.
- Saber establecer un adecuado plan de tratamiento.

Contenidos:

La historia clínica es un documento personal que integra toda la información pertinente sobre el paciente (aspectos médicos físicos, psíquicos o sociales) y su enfermedad periodontal; tanto de su historia pasada, como de su estado actual y posible evolución. La información proporcionada debe ser confidencial, y además, tiene un valor legal (debemos guardarla cuando menos por diez años, contados desde el cierre de aquéllos o la fecha del último asiento, documento o comprobante). Puede ser utilizada, de manera anónima, con fines estadísticos, docentes o para la investigación.

La podemos dividir en los siguientes apartados:

1. Datos de filiación.
2. Anamnesis.
3. Antecedentes.
4. Exploración clínica.
5. Exámenes complementarios.
6. Diagnóstico.
7. Pronóstico.
8. Plan de tratamiento.
9. Periodontograma.

1. Datos de filiación:

Nos sirven para identificar al paciente y establecer una primera toma de contacto con él. Incluiremos los siguientes subapartados:

- 1.1 Apellidos y nombre.
- 1.2 Género: su importancia radica en que determinadas patologías tienen una mayor influencia en mujeres que en hombres. En las mujeres, en ciertas etapas de su vida, sufren cambios hormonales que conducen a cambios en la encía (pubertad, embarazo, menstruación...).
- 1.3 Edad: se relaciona con el grado de severidad de la enfermedad periodontal.
- 1.4 Raza: ningún grupo racial tiene mayor predisposición a la Periodontitis Crónica, sin embargo, en las Periodontitis Agresivas, sí existe un componente genético importante. Además, una característica que suelen presentar los sujetos de piel oscura es la "melanosis gingival". Se trata de una pigmentación oscura de la encía debido a un aumento de la actividad secretora de los melanocitos gingivales.
- 1.5 Enviado por: interesa conocerlo para saber el grado de información que el paciente ha recibido y de quién (odontólogo, vecino, pareja...).
- 1.6 Nivel sociocultural: nos informa de 2 cosas:
 - 1.6.1 Grado de comprensión de nuestras explicaciones.
Debemos adaptar nuestro lenguaje a términos que el paciente pueda entender.
 - 1.6.2 Estilo de vida: nos puede hacer sospechar sobre los hábitos del paciente y orientarnos acerca del grado de riesgo que representan para el paciente.
- 1.7 Trabajo habitual: ayuda a conocer el tiempo del que dispone el paciente para su higiene y el riesgo que determinadas profesiones suponen para los dientes (músicos de instrumentos de viento, carpinteros, costureras, electricistas...usan sus dientes como parte del instrumental de su trabajo).

- 1.8 Estado civil: aunque la periodontitis crónica no es contagiosa, en pacientes con pareja estable, suele aparecer una mayor prevalencia de enfermedad periodontal debido a que comparten un estilo de vida común. Suelen tener hábitos higiénicos, alimenticios, etc., similares, por lo que los factores de riesgo suelen ser también comunes.
- 1.9 Domicilio, ciudad, teléfono, DNI., fecha y lugar de nacimiento. Este último relacionado con las costumbres y hábitos que puede haber adquirido el paciente.

2. Anamnesis:

La dividimos en 2 partes:

- 2.1 Anamnesis inicial.
- 2.2 Anamnesis dirigida.

2.1 Anamnesis inicial:

En este apartado, nuestra meta es recopilar datos sobre la enfermedad que nos proporciona el paciente o sus familiares. El paciente expresa libremente sus opiniones. Se divide en los siguientes subapartados:

- 2.1.1 Motivo de la consulta: representa el grado de conocimiento que el paciente tiene de la enfermedad que le aqueja. El paciente puede acudir a la consulta porque nota ciertos signos y síntomas relacionados con la enfermedad periodontal como sangrado (inflamación), movilidad, sensibilidad, halitosis, etc. No obstante, en ciertas ocasiones, son los acompañantes los que comentan sobre la presencia en el paciente de estos factores, mientras que el paciente considera que su estado de salud oral es normal. Finalmente, existe la posibilidad de que sea el propio profesional quien descubra el estado patológico del paciente sin que éste o su entorno lo hayan detectado. Cada una de estas situaciones conlleva una forma de

actuar distinta por parte del profesional, con diferente grado de colaboración del paciente.

2.1.2 Fecha de comienzo: informa acerca de la agresividad y evolución del proceso patológico. Es fácil de asignar en procesos agudos, pero muy difícil en los crónicos.

2.1.3 Forma de comienzo:

A. Insidiosa: lenta y poco concisa.

B. Aguda: generalmente de una forma muy concreta: abscesos periodontales, enfermedades necrotizantes...

2.1.4 Curso de la enfermedad: muestra el grado de virulencia del proceso y la capacidad defensiva del huésped. Puede ser: agudo (menos de 3 meses), crónico (más de 3 meses) o a brotes. Normalmente, la enfermedad periodontal suele ser crónica con algún período de agudización.

2.1.5 ¿A qué lo atribuye?: es frecuente que atribuyan la enfermedad a un acto odontológico como por ejemplo una tartrectomía. Sólo en casos específicos como abscesos periodontales ó gingivitis necrotizante, el paciente tiene un hecho específico con el que relacionarlo.

2.1.6 ¿Cómo se encuentra en la actualidad?: anotaremos los síntomas que presenta en ese mismo momento.

2.2 Anamnesis dirigida:

La finalidad de esta parte de la historia clínica es obtener una mayor información de los signos y síntomas de la enfermedad periodontal que haya observado el paciente. Para ello, el profesional realiza preguntas específicas al paciente buscando una serie de signos y síntomas concretos como pueden ser:

2.2.1 Sangrado: suele ser el motivo más frecuente de consulta. El paciente lo suele atribuir a un cepillado agresivo o a que sus encías son muy sensibles, dejando de cepillarse. Debemos explicarle que la encía sana no sangra, el porcentaje de sangrado debe ser igual al 0%. El sangrado

nos informa de inflamación, edema por placa bacteriana y enfermedad periodontal activa. Nos está indicando que el paciente debe mejorar su higiene, aumentar el tiempo o frecuencia del cepillado. Debemos tener en cuenta que se trata de un signo tardío, cuando aparece, el 70% de las fibras periodontales supracrestales se han perdido.

2.2.2 Halitosis: su relación con la enfermedad periodontal está clara en los procesos agudos como la gingivitis necrotizante, sin embargo, en la periodontitis crónica no siempre está presente, y en caso de existir, desaparece con una buena higiene bucal. El origen de este signo o síntoma (dependiendo si es o no objetivo) se debe a microorganismos gram negativos anaerobios. Algunas de estas bacterias, metabolizan los aminoácidos que contienen azufre, produciendo así los compuestos volátiles sulfurados. Estos compuestos son moléculas de olor muy intenso, que aún en concentraciones muy bajas en el aire exhalado, son fácilmente perceptibles. Podemos distinguir 3 tipos de halitosis:

- A. Halitosis subjetiva: paciente cree que tiene mal aliento pero nadie más se lo nota. A veces es un síntoma de un tumor cerebral.
- B. Halitosis manifiesta: tanto el paciente como las personas que lo rodean se la notan.
- C. Halitosis que todo el mundo la nota menos el paciente.

2.2.3 Sensibilidad. Puede ser debido a:

- A. Recesiones: entre los factores causantes de esta lesión destacamos la inflamación crónica (secuela de la enfermedad periodontal), las parafunciones (bruxismo y apretamiento dentario), las tracciones de la mucosa o frenillos, los traumas mecánicos (cepillado del diente traumático o tratamiento de ortodoncia) y la malposición dentaria.
- B. Efecto secundario del tratamiento periodontal: tras el raspado y alisado radicular eliminamos la capa de cemento acelular dejando al descubierto la capa de

dentina. Si la exposición no es muy grande la sensibilidad suele desaparecer con colutorios o pastas dentífricas que contengan oxalatos, es decir, iones capaces de bloquear los túmulos dentinales (flúor a altas dosis, cloruro de estroncio al 10%, monofluorofosfato de sodio, nitrato potásico al 5%, etc). Si el tratamiento ha sido muy agresivo y la sensibilidad continúa cubriremos la raíz con resinas. Si persiste, tendremos incluso que recurrir a la endodoncia del diente.

2.2.4 Migraciones: se producen cuando los dientes pierden soporte periodontal como consecuencia de la enfermedad periodontal. En estos casos, las fuerzas de la oclusión actúan como fuerzas ortodónticas, produciendo el desplazamiento de los dientes, actuando como un trauma secundario. Suelen aparecer sobre todo en los dientes anterosuperiores, tras la pérdida de los dientes posteriores. Los incisivos superiores, reciben toda la fuerza de choque de la parada de céntrica, y al no tener la resistencia adecuada, se vestibulizan abriéndose en abanico. En otras ocasiones, se pueden encontrar dientes mesializados o distalizados, vecinos a un espacio edéntulo.

2.2.5 Movilidad. Cuando el paciente acude a la consulta dental por movilidad suele deberse a:

- A. Brote agudo de la enfermedad periodontal: absceso periodontal.
- B. endo-perio: cuando la infección periodontal ha ocasionado una necrosis retrógrada de la pulpa.
- C. Pérdida del tejido de inserción del diente, mayor de la mitad de su longitud corono-radicular.
- D. Aumento adaptativo del espacio periodontal por trauma oclusal, sin pérdida de inserción (trauma primario). En este caso, si eliminamos el trauma oclusal, eliminamos la movilidad y el diente recupera su estado normal.

3. Antecedentes.

El propósito de esta parte de la historia clínica consiste en buscar información acerca de factores genéticos, hábitos o enfermedades sistémicas que intervengan en la severidad de la enfermedad periodontal y tratamientos recibidos previamente.

- 3.1 Alergias a medicamentos: resulta importante a la hora de prescribir posibles medicamentos al paciente (caso de procesos agudos o como profilaxis antibiótica).
- 3.2 Antecedentes personales: nos interesan enfermedades que haya padecido o que padezca el paciente (sobre todo si afectan al sistema defensivo del paciente), así como los medicamentos que tome. Determinados fármacos pueden alterar el sistema defensivo del huésped, como los inmunosupresores y citostáticos, mientras que otros, pueden desencadenar un sobrecrecimiento gingival inducido como la Nifedipina, la Difenilhidantoína o la Ciclosporina. También debemos anotar circunstancias personales como estrés, tipo de dieta (malnutrición), deporte (si se preocupa o no por su salud).
- 3.3 Antecedentes familiares: se indagará sobre la presencia en su familia de enfermedades hereditarias que puedan comprometer la respuesta defensiva del huésped.
- 3.4 Periodontitis (parentesco): si existe en su familia casos de periodontitis.
- 3.5 Hábitos: tabaco (factor de riesgo más importante de pérdida de inserción periodontal), alcohol, respiración bucal, higiene oral, toma de alimentos muy calientes, etc.
- 3.6 Tratamiento odontológico previo: caries, periodoncia, extracciones, prótesis, ortodoncia fija, ortodoncia removible, etc.
- 3.7 Tratamiento periodontal recibido.

4. Exploración clínica

La finalidad de este apartado de la historia clínica es la obtención de datos lo más objetivos posibles (signos), que nos lleven a un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento correcto de la posible enfermedad periodontal del paciente, de una manera sistemática, sin dejarnos ninguna parte de la cavidad oral sin explorar.

Dicha exploración comprende los siguientes subapartados:

- 4.1 Inspección y palpación de todas las estructuras anatómicas presentes en la cavidad oral.
- 4.2 Situación dental y protésica.
- 4.3 Situación periodontal.
- 4.4 Oclusión.
- 4.5 Complejos temporomandibulares.

Para poder llevar a cabo esta exploración clínica se necesitan 2 espejos bucales, una sonda mixta (dental y periodontal), una gasa, pinzas y papel de articular.

- 4.1 Inspección y palpación. Se empieza de fuera hacia adentro examinando las siguientes estructuras:
 - 4.1.1 Labios: primero se examinan con la boca cerrada, explorando la piel, el borde rojo y las comisuras. A continuación, con la boca entreabierta, se inspecciona y palpa la cara interna de ambos labios, observando su color, textura y humedad; así como la localización de los frenillos.
 - 4.1.2 Mucosas yugales: donde se debe visualizar el conducto de Stenon, a nivel del primer molar superior.
 - 4.1.3 Paladar duro y blando, junto con los pilares amigdalinos y orofaringe.
 - 4.1.4 Lengua: primero el profesional explorará la cara dorsal, diciéndole al paciente que saque la lengua, y a

continuación tirará de ella con una gasa, examinando su porción más interna. Posteriormente, el odontólogo examinará la cara ventral, pidiéndole al paciente que suba la lengua al paladar, para más tarde, cogerla con una gasa e inspeccionar y palpar sus regiones laterales.

4.1.5 Suelo de la boca: se debe identificar el frenillo lingual y a ambos lados de éste las carúnculas del conducto de Wharton (salida de la saliva de las glándulas submandibulares).

4.1.6 Apófisis alveolares: en ellas se debe distinguir la mucosa alveolar, la encía y la línea mucogingival.

A. Mucosa alveolar: es de color rojo intenso y móvil.

B. Encía:

- Color: rosa coral, con punteado en piel de naranja. En personas fumadoras o anémicas el color es un rosa pálido, blanquecino; mientras que cuando existe necrosis el color que aparece es grisáceo ó blanco. En caso de inflamación gingival, la encía adquiere un color rojo similar al de la mucosa alveolar y brillante, mientras que cuando la inflamación perdura en el tiempo (inflamación crónica), el color se torna azulado (cianótico) por éxtasis venoso.
- Forma: la encía en condiciones normales rodea todo el cuello del diente, situándose a la altura de la unión amelocementaria, formando un festón. En sentido mesial y distal, en contacto con los dientes adyacentes, dicho festón dará lugar a las papilas, que tienen una forma triangular, mientras que en sentido vestibulo-lingual formará el “coll”. Normalmente, los procesos inflamatorios gingivales comienzan en la papila, haciendo que ésta pierda su forma triangular, adquiriendo un perfil redondeado y aumentado de tamaño debido al edema. En casos de inflamación aguda podemos encontrar las “grietas de Stillman” que aparecen a consecuencia de su rápida evolución, lo que hace que al tejido no le dé tiempo a adaptarse. Otros de

los signos que debemos buscar son las recesiones y el sobrecrecimiento gingival. La recesiones pueden estar originadas por malposición dentario, cepillado traumático, inflamación crónica, tracciones de la mucosa o frenillos, tratamientos de ortodoncia o parafunciones.

- Consistencia: la consistencia de la encía es elástica, se caracteriza por su resiliencia, su capacidad para recuperar su forma. Cuando la encía está inflamada, pierde dicha característica, pasa a tener una consistencia blanda, que cuando se palpa tarda en recuperar su forma (deja una depresión ó fóvea).
- Abscesos periodontales: son tumefacciones localizadas, de color rojo brillante, que producen la extrusión del diente, originando dolor a la percusión y a la palpación. Se trata de un proceso agudo, producido por un cierre de la comunicación de la bolsa periodontal con el exterior. Se deben abrir y drenarlos. Debemos hacer un diagnóstico diferencial con los abscesos apicales de origen pulpar (hacer pruebas de vitalidad pulpar).

C. Línea mucogingival: es la franja que separa la encía adherida de la mucosa alveolar móvil.

4.2 Situación dental y protésica: debemos rellenar el odontograma, anotando los dientes ausentes, caries, obturaciones (si existen obturaciones desbordantes), endodoncias, fracturas y prótesis (fija o removible). Además señalaremos si existen o no cambios de posición del diente (extrusión, intrusión, mesializado o distalizado) o facetas de desgaste. Se denominan facetas de desgaste a la pérdida de estructura dental de un diente, en su cara oclusal, como consecuencia del roce de un diente con otro (bruxismo) o con algún instrumento (agujas, pipa, bolígrafos, etc). Se clasifican según la capa de estructura dental afectada en grado 1, cuando el desgaste afecta sólo

al esmalte, grado 2 cuando el desgaste llega a dentina, y grado 3 cuando el desgaste llega a la pulpa.

- 4.3 Situación periodontal: como método de screening, para valorar si el paciente padece o no una enfermedad periodontal, se puede utilizar el CPITN (índice de necesidades de tratamiento de la comunidad que se explicará en el próximo capítulo), explorando ciertos dientes índice, en 6 superficies: 1.6, 1.7, 1.1, 2.6, 2.7, 3.6, 2.7, 3.1, 4.6, 4.7; si el paciente es mayor de 20 años, y el 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1 y 4.6 en menores de 20 años. En pacientes menores, la erupción de los terceros molares puede provocar una pseudobolsa en distal de los segundos molares.

En el examen del estado periodontal de un paciente, debemos conocer una serie de conceptos como son: la anchura biológica, la profundidad de sondeo normal, pseudobolsa, bolsa periodontal, recesión y la pérdida de inserción:

- 4.3.1 Anchura biológica: se trata de una constante biológica, el espacio que necesita el periodonto para formar el epitelio de unión y la inserción al cemento de las fibras supracrestales. Este espacio se cifra en unos 2 mm. Si dicho espacio es invadido por una corona, una obturación, etc, el periodonto reaccionará inflamándose y produciendo una retracción o una bolsa periodontal. (Fig. 1)

- 4.3.2 Profundidad de sondeo: se realiza con una sonda periodontal, que no es otra cosa que una regla de medir milimetrada, que se introduce en el surco gingival, lo más paralelamente posible al eje longitudinal del diente, midiendo la distancia que existe desde el margen gingival al fondo del surco gingival. Con esta medida exploramos 6 superficies por diente (3 vestibulares y 3 palatinas / linguales). La profundidad de sondeo depende sobre todo de la presión que apliquemos sobre la sonda (debe ser de 20-25 g) y del grado de inflamación de los tejidos. Se

considera normal una profundidad de sondeo de hasta 3 mm. (Fig. 1)

4.3.3 Pseudobolsa: se denomina así a aquella bolsa (profundidad de sondeo > 3 mm) cuyo margen gingival sobrepasa el límite amelocemético, sin haber pérdida de inserción. Se puede producir como consecuencia de una inflamación crónica o por la ingesta de ciertos medicamentos. (Fig. 2C)

4.3.4 Bolsa periodontal: hablamos de bolsa periodontal cuando la profundidad de sondeo supera los 3 mm, como consecuencia de la pérdida de inserción de diente. Además, éstas se clasifican en:

A Bolsa periodontal supraalveolar: cuando la reabsorción ósea es horizontal.

B Bolsa periodontal infraalveolar: cuando la reabsorción ósea es vertical angular o infraósea. Ésta a su vez, puede ser de varios tipos (Goldman, 1958):

- Bolsa de 3 paredes óseas y 1 pared dental.
- Bolsa de 2 paredes óseas y 2 paredes dentales.
- Bolsa de una pared ósea, 2 paredes dentales y tejido blando.
- Bolsa de 4 paredes óseas (defecto circunferencial).

4.3.5 Recesión: se trata de una retracción de la encía, por pérdida de inserción del diente, donde el margen gingival se sitúa apical al límite amelocementario. (Fig. 2B)

4.3.6 Pérdida de inserción o nivel de inserción clínica: refleja la evolución de la enfermedad periodontal de un individuo. Se define como la distancia que existe desde una referencia anatómica fija (normalmente el límite amelocementario, aunque también se puede tomar el borde incisal) hasta el fondo del surco o de la bolsa. De esta manera, podemos decir que la pérdida de inserción es igual a la profundidad de sondeo más la recesión. (Fig. 2)

Fig.1: Esquema de las dimensiones de la anchura biológica y profundida máxima en un diente sano periodontalmente.

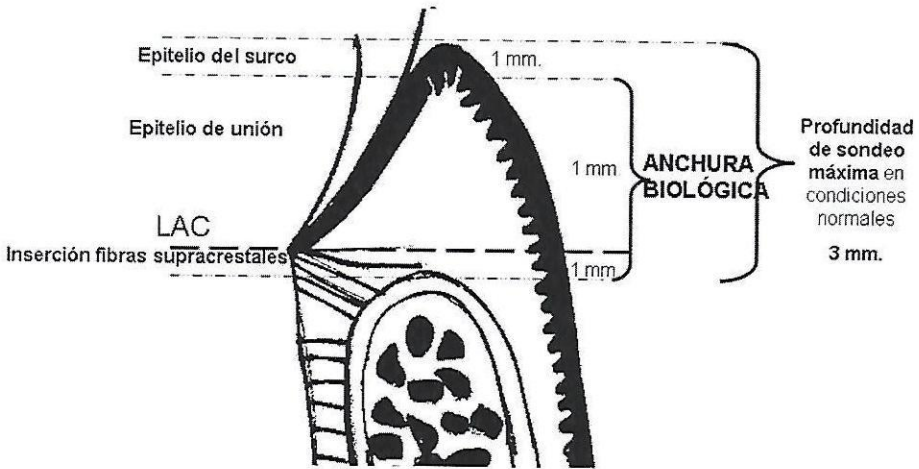
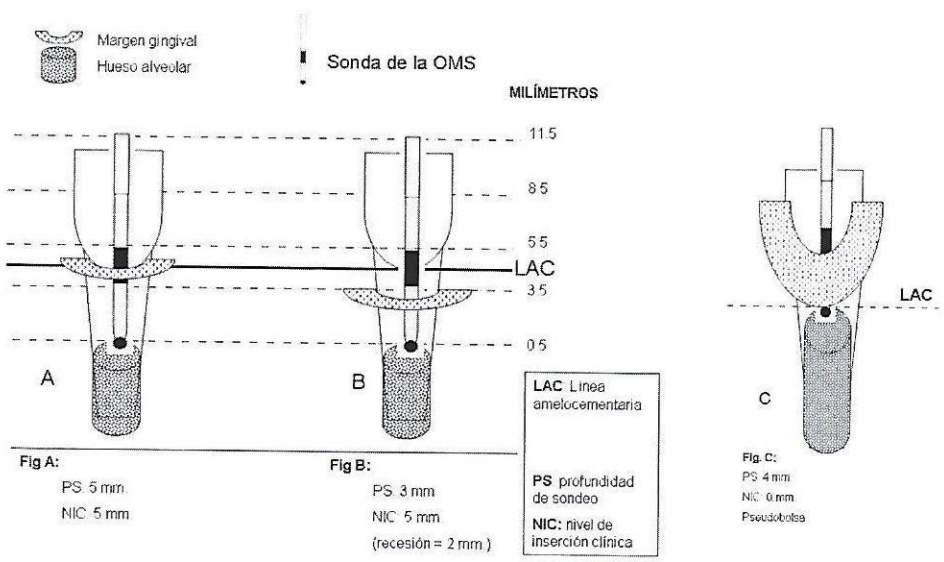


Fig. 2: Esquema de distintas situaciones clínicas que nos podemos encontrar al explorar el periodonto con una sonda peridontal.



- 4.4 Oclusión: se chequea intentando buscar anomalías como interferencias (en protusiva y lateralidades) y prematuridades (de céntrica a máxima intercuspidadación). Dichas alteraciones oclusales generan fuerzas sobre el diente no axiales, y por lo tanto peligrosas para el periodonto.
- 4.5 Complejos articulares temporomandibulares: se deben examinar buscando anormalidades en los movimientos mandibulares, ruidos o dolor. Además, este examen articular se debe acompañar de una exploración de los músculos de la masticación, buscando áreas de dolor o puntos gatillo.

5. Exámenes complementarios:

Se deben solicitar aquellas pruebas que sean absolutamente necesarias, de acuerdo al beneficio, riesgo y coste que supongan para el paciente.

Entre los exámenes complementarios más utilizados en periodoncia podemos destacar los siguientes:

- 5.1 Métodos para el estudio patológico:
 - 5.1.1 Técnicas de biopsia. Histopatología. Inmunopatología: caso de sospecha de algún tumor.
 - 5.1.2 Examen citológico.
- 5.2 Determinaciones analíticas: de sangre u orina. En caso de sospechar la presencia de alguna enfermedad sistémica.
- 5.3 Exámenes bacteriológicos y genéticos: caso de pacientes con periodontitis agresivas, que no responden al tratamiento.
- 5.4 Técnicas de imagen:
 - 5.4.1 Radiografía: serie periapical, ortopantomografía.
 - 5.4.2 Tomografía computarizada: se utiliza en periodoncia para valorar el riesgo/beneficio de mantener o no un diente y su posible sustitución por un implante. Determina con

exactitud la localización de estructuras anatómicas relevantes como el nervio dentario inferior, el seno maxilar... y la cantidad de hueso remanente.

5.5 Otras pruebas que ayudan al diagnóstico precoz de la enfermedad periodontal son: análisis del fluido gingival crevicular (FGC), análisis de ciertas enzimas en FGC, medición de la temperatura gingival, etc.

5.4.1 Examen radiográfico en periodoncia:

A Se trata de un examen complementario. Nunca sustituye a la exploración clínica.

B Los rayos X nos van a informar de la extensión y forma de la pérdida del tejido óseo periodontal en sentido mesiodistal.

C Inconvenientes:

- Nos da una imagen bidimensional.
- Nos informa de la cantidad de mineral perdido, siendo un signo tardío, incluso en ocasiones los síntomas descritos por el paciente son anteriores a esta pérdida de tejido óseo.
- Es un método retrospectivo: representa episodios pasados, no si la enfermedad periodontal está activa.
- La imagen obtenida depende de la técnica utilizada y de la angulación del cono del aparato de rayos X.

D Tipos de radiografías:

- Radiografías periapicales intraorales: sirven para explorar el diente en su totalidad, desde la corona hasta el ápice, el espacio periodontal y el tejido óseo que lo rodea. Para ello existen dos técnicas: Una es la técnica de la bisectriz: se utiliza para aparatos de cono corto. Se realiza colocando el rayo incidente del tubo de rayos X, perpendicular a la bisectriz resultante entre el eje de la placa y el eje del diente. La otra técnica es la técnica paralela: se usa para aparatos de cono largo. El rayo central se proyecta

con un ángulo de 90° con respecto al eje del diente, que coincide también con el eje de la placa.

Este tipo de radiografías se utilizan en periodoncia para obtener una serie radiográfica periodontal que consiste en hacer radiografías periapicales de grupos de dientes y juntarlas hasta obtener las dos arcadas. Nos proporcionan una gran información acerca del diente y su tejido de soporte.

Existen 3 tipos de serie radiográfica periodontal: El primer tipo es la serie radiográfica de 14 radiografías: se realizan con 14 placas radiográficas periapicales de adulto, 7 para cada maxilar. Colocamos 3 verticales para los dientes anteriores y 2 horizontales para los extremos posteriores. El segundo tipo es la serie radiográfica de 18 radiografías: en este tipo de serie utilizamos 5 placas radiográficas periapicales, de tamaño infantil, en posición vertical, para el sector anterior de ambos maxilares, y 2 placas periapicales horizontales de tipo adulto, para los extremos posteriores de ambos arcos dentarios. Por último, el tercer tipo es la serie radiográfica con 22 radiografías: 6 placas periapicales horizontales de adulto y 5 de niño verticales por arco dentario.

El estudio radiográfico periodontal se completa con 2 aletas de mordida:

- Ortopantomografía: es la radiografía que más se utiliza por su rapidez, menor dosis de radiación y su costo. Sin embargo, cuando queremos ver con mayor precisión un diente en concreto, y valorar su soporte, debemos realizar una radiografía periapical.

Entre sus ventajas, podemos destacar que: permite una exploración dental completa, proporciona una representación panorámica del

sistema masticatorio, articulaciones temporo-mandibulares y senos maxilares, nos da una documentación general para la planificación y control del tratamiento periodontal y nos transmite una imagen de toda la arcada dentaria y de sus estructuras adyacentes en una sola película y con una sola dosis de exposición.

En cuanto a sus inconvenientes destacamos: la distorsión de la imagen, la superposición de estructuras como la columna vertebral y la escasa definición del ligamento periodontal.

6. Diagnóstico.

El diagnóstico de la enfermedad periodontal recibe un nombre y dos apellidos. El nombre será gingivitis, cuando no exista pérdida de inserción y periodontitis, cuando halla pérdida de inserción. Respecto al primer apellido, depende de la extensión de la enfermedad periodontal, hablamos de generalizada, cuando afecta a más del 30 % de las superficies exploradas y localizada, cuando la extensión es igual o inferior al 30 %. El segundo apellido hace referencia a la gravedad enfermedad periodontal, hablaremos de leve, moderada, o severa.

7. Pronóstico.

El pronóstico global de un paciente periodontal va a depender de múltiples factores como son: su capacidad de respuesta ante la placa, su edad, el número de dientes presente, el grado de inflamación gingival, la presencia de maloclusiones y parafunciones y su actitud ante el tratamiento.

En general, podemos decir que es bueno en la gingivitis necrotizante y en la periodontitis crónica; incierto en las periodontitis agresivas; y malo en la periodontitis necrotizante.

8. Plan de tratamiento.

Se puede establecer de acuerdo a las necesidades de tratamiento marcadas por el Índice de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad (CPITN) como veremos en el próximo capítulo.

9. Periodontograma.

Se trata de una ficha clínica donde se anotan los datos más relevantes hallados en la exploración clínica periodontal de todos los dientes del paciente. Permite comparar datos durante el tratamiento y mantenimiento del paciente.

Debe ser simple, fácil de leer e interpretar y fácil de completar.

Bibliografía:

- Carranza FA, Sznajder N. Compendio de Periodoncia. Madrid: Ed Panamericana; 1996.
- Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. Madrid: Ed Panamericana; 2001.
- Bermejo Fenoll A. Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales. Medicina bucal (I). Madrid: Ed Síntesis; 1998.